

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1921-1922

N° 142

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU Traitement chirurgical de l'Éléphantiasis du Scrotum

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 23 Juin 1922

PAR

Jean-Paul-Eugène RICHARD

Né à Saint-Jean-d'Angély (Charente-Inférieure), le 29 Novembre 1897

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Juges.</i>
		SABRAZES, professeur		
		MURATET, agrégé		
		PAPIN, agrégé		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX
IMPRIMERIE R. TAILLEBOURG FILS
80 bis, Cours de l'Argonne

1922



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1921-1922 N° 142

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU Traitement chirurgical de l'Éléphantiasis du Scrotum

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 23 Juin 1922

PAR

Jean-Paul-Eugène RICHARD

Né à Saint-Jean-d'Angély (Charente-Inférieure), le 29 Novembre 1897

Examineurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur, *Président.*

SABRAZES, professeur

MURATET, agrégé

PAPIN, agrégé

Juges.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX
IMPRIMERIE R. TAILLEBOURG FILS
80 bis, Cours de l'Argonne

1922



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD

PROFESSEURS

MM.			MM.
Clinique médicale.	ARNOZAN.	Pharmacie	DUPOUY.
	CASSAET.	Zoologie et Parasitologie	MANDOUL.
Clinique chirurgicale.	CHAVANNAZ.	Médecine expérimentale.	FERRÉ.
	VILLAR.	Clinique ophtalmologiq.	LAGRANGE.
Pathologie et thérapeu-		Clinique chirurgicale, in-	
tiques générales	CRUCHET.	fantile, orthopédie.	DENUCÉ.
Clinique d'accouchem".	RIVIERE.	Clinique gynécologique.	BEGOUIN.
Anatomie pathologique et		Clinique médicale des	
microscopie clinique	SABRAZÈS.	maladies des enfants	MOUSSOUS.
Anatomie	PICQUÉ.	Chimie biolog. et médic.	DENIGES.
Anatomie générale et his-		Physique pharmaceutiq.	SIGALAS.
tologie.	G. DUBREUIL.	Médecine colon"et cliniq.	
Physiologie.	PACHON.	des maladies exotiq.	LE DANTEC.
Hygiène.	AUCHE.	Clinique des maladies des	
Médecine légale et	VERGER.	voies urinaires	POUSSON.
déontologie.		Clinique des maladies	
Physique biologique et		cutanées et syphilitiques.	W.DUBREUILH
clinique d'électricité		Clinique des maladies	
médicale	BERGONIE.	nerveuses et mentales.	ABADIE.
Chimie	CHELLE.	Clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie	MOURE.
Botanique et matière		Toxicologie et hygiène	
médicale	BEILLE.	appliquée	BARTHE.

MM. PRINCETEAU, GUYOT, LABAT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			MM.
Anatomie et embryologie	N...		
Histologie	LACOSTE chargé	Médecine générale	LEURET.
Physiologie.	DELAUNAY.		DUPÉRIÉ.
Anatomie pathologique.	MURATET.		CREYX.
Parasitologie et sciences	R. SIGALAS, chargé.	Maladies mentales	MICHELEAU.
naturelles	N...	Médecine légale	PERRENS.
Physique biologique et		Chirurgie générale	LANDE.
médicale	RÉCHOU.		ROCHER.
Chimie biologique et mé-		Obstétrique.	DUVERGEY.
dicale	N...		PAPIN.
	PETGES.	Ophtalmologie.	PERY.
Médecine générale	CARLES (J.).	Pharmacie	FAUGÈRE.
	MAURIAC.		TEULIÈRES.
			N...

CHARGÉS DE COURS

Cours de clinique dentaire	MM. CAVALIE.
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie	CARLES.
Cours complémentaire de Médecine opératoire.	VENOT.
Cours complémentaire d'Accouchements.	PERY.
Cours complémentaire d'Ophtalmologie	CABANNES.
Cours complémentsaire de Puériculture	ANDERODIAS.
Cours complémentsaire de Climatologie et Hydrologie médicale	SELLIER.
Cours complémentaire de démonstrations et préparat. pharm.	LABAT.
Cours complémentaire de chimie	RANGIER.
Cours complémentaire de Vénérologie	PETGES.
Cours complémentaire de Pathologie interne	MAURIAC.
Cours complémentaire de pathologie externe	GUYOT.
Cours complémentaire d'orthopédie chez l'adulte, pour les	
accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.	ROCHER.
Cours complémentaire annexe de prothèse et rééducation	
professionnelle	GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA MÈRE

A MES GRAND-MÈRES

A MA FIANCÉE

A TOUS LES MIENS ET A TOUS MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES
MORTS POUR LA FRANCE

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

A ceux qui furent pendant cette guerre mes chefs, mes maîtres, mes amis : Monsieur le Professeur Agrégé ETIENNE ; Messieurs les Docteurs GADAUD, CLERMONT, CHARBONNEL, JEANNENEY, FABRE. Sans oublier la mémoire de mon vieux ami CHADEFaux.

Je tiens à remercier ici particulièrement Monsieur le Docteur JEANNENEY, dont l'aimable sollicitude et les bons conseils ne m'ont jamais manqué tant aux armées que dans les pavillons de dissection ou dans les services hospitaliers.

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

CHARGÉ DU COURS DE PATHOLOGIE EXTERNE

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-ANDRÉ

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE ET DE SAINTE-ANNE DE RUSSIE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

“ Il est, mon cher Maître des dettes de reconnaissance qu'une vie entière ne saurait acquitter. C'est envers vous, tour à tour aux armées où vous avez été pour moi le chef bienveillant et paternel, dans votre service de Saint-André où toujours un si agréable accueil m'était réservé, enfin, en suivant votre remarquable enseignement, que j'ai maintenant la joie de pouvoir dire magistral, que j'ai contracté une semblable dette. Et je ne puis ici que vous offrir le faible tribut de mon admiration.”

Contribution à l'Etude du Traitement chirurgical de l'Éléphantiasis du Scrotum

INTRODUCTION

Les cas d'éléphantiasis du scrotum si fréquents dans les colonies sont heureusement assez rares dans nos régions. Nous avons eu la bonne fortune d'en rencontrer un cas très suggestif dans le service de notre Maître, M. le Professeur Guyot, à l'hôpital Saint-André.

C'est sur les conseils de notre Maître qui a opéré ce malade, que nous avons fait quelques recherches sur les divers modes de traitement de l'éléphantiasis des organes génitaux externes de l'homme, et plus particulièrement sur le traitement chirurgical de cette affection.

Nous tenons dès maintenant à nous excuser auprès de lui, de l'insuffisance de notre travail, que nous aurions voulu plus digne de lui être présenté ; mais pressé par les circonstances nous lui demandons encore une fois de nous accorder cette indulgence qu'il nous a déjà si souvent témoignée.

Il nous reste encore un devoir, qui est pour nous une joie, puisqu'il correspond à notre rêve : c'est de vous remercier, mon cher Maître, d'avoir bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse. C'est ainsi qu'après avoir fait nos premiers pas derrière vous au début de nos études médicales, nous aurons l'honneur de recevoir de vous ce titre de Docteur, dont vous avez toujours su si bien nous montrer toute la beauté.

CHAPITRE I

De quelques considérations générales sur l'Éléphantiasis

Si la maladie éléphantiasique correspond à un syndrome anatomo-clinique bien défini, il n'en est pas de même quand il s'agit de préciser son étiologie et sa pathogénie, au sujet desquels l'accord est encore bien loin de régner.

Manifestation du paludisme pour les uns, d'origine syphilitique pour les autres, cette redoutable maladie est attribuée par Patrick-Manson à la présence de filaires dans l'organisme, tandis que de leur côté, opérant cependant séparément, M. le Professeur Le Dantec d'abord et Dufougeré ensuite, ont retrouvé dans les tissus éléphanticiés un dermo-lymphocoque, et admettent par conséquent une origine microbienne.

Il n'en reste pas moins que si l'on peut invoquer pour cette maladie des conditions pathogéniques multiples et variables selon les pays, à la fin du compte, qu'il s'agisse d'un éléphantiasis nostras ou d'un éléphantiasis exotique, la symptomatologie et l'évolution resteront identiques ; et ceci a pu faire dire au Professeur Le Dentu que « si le parasite est spécial, sa lésion est banale. »

Cependant quel intérêt énorme offre au point de vue du traitement rationnel et spécifique la connaissance bien établie de la cause de cette affection. Là est la voie ouverte, et si quelques essais ont été tentés de sérothérapie, sérum de Marmorek ou autre, cette méthode n'étant malheureusement pas encore au point, et n'ayant pas donné les résultats que l'on pourrait escompter, nous nous voyons dans l'obligation de continuer la pratique des méthodes thérapeutiques déjà en usage. Mais malheureusement si nous pouvons par des méthodes prophylactiques et préventives, protéger contre ce mal redoutable de nombreux individus, quand nous nous trouvons en présence d'un état pachydermique en évolution, nous ne pouvons plus avoir recours qu'à une thérapeutique palliative, soit médicale, soit chirurgicale.

CHAPITRE II

Traitement médical et son historique

Tout ce que nous avons dit jusqu'à maintenant peut s'appliquer à toutes les localisations éléphantiasiques que l'on est susceptible de rencontrer chez l'homme ; il en sera du reste un peu de même pour tout ce qui comprendra le traitement médical de cette affection ; par contre, très différentes seront les méthodes chirurgicales employées quand la poussée éléphantiasique se sera localisée aux organes génitaux externes de l'homme.

Si haut que nous puissions remonter dans les études faites sur l'éléphantiasis génital chez l'homme, nous voyons la préoccupation des médecins pour chercher à débarrasser leurs clients de ce terrible mal. Si, en effet, l'éléphantiasis scrotal, qui est une maladie à poussées évolutives plus ou moins rapprochées, est rarement une cause de mort pour l'individu atteint, elle reste par contre, pour lui, une terrible infirmité. Infirmité d'autant plus grave qu'elle a une évolution lente, continue, avec une tendance à un accroissement indéfini. Et sans parler des complications infectieuses qui peuvent emporter le malade, il ne faut pas perdre de vue que cet homme, atteint d'un volumineux éléphantiasis scrotal, qui a, par conséquent, le plus sou-

vent perdu sa vie génitale, et est devenu un impotent auquel tout travail est rendu impossible, va être conduit vers un état de marasme, dont il ne pourra se relever. Donc, un double but à atteindre : rendre au malade la possibilité d'exercer ses fonctions génitales, et d'autre part supprimer cet empêchement à une activité normale, que constitue la tumeur scrotale.

Déjà Rhazès, médecin arabe, conseillait le repos au lit, la diète et insistait sur l'usage des vomitifs répétés. La saignée, les épisthèmes, préparés avec l'aloès, la myrrhe, l'accacia sont autant de moyens qu'il recommande souvent. Mais, on le voit se rapprocher beaucoup plus des traitements modernes, quand il préconise l'application d'un bandage compressif. Il déclare du reste, nous dit Le Siner dans sa thèse, que si cette maladie est incurable après une longue durée, elle peut guérir ou tout au moins se stabiliser, si elle est prise et traitée dès son commencement.

En Egypte, nous voyons appliquer plutôt les moyens locaux : le feu, les caustiques, les incisions, les setons mêmes ; toutes choses que Larrey condamnera pour affirmer l'indication absolue de l'intervention chirurgicale.

Puis, avec les notions étiologiques et pathogéniques, nous voyons entrer en action des moyens thérapeutiques plus savants. Un traitement prophylactique est essayé. Il consiste, tout d'abord, à faire émigrer le sujet menacé par l'éléphantiasis. Labat et Godard préconisent ce moyen en 1867. En même temps, on interdit tout usage des eaux douteuses, tant comme eau de boisson que comme eau de toilette, à moins qu'on ne les ait fait bouillir. Les auteurs recommandent d'avoir surtout une habitation confortable et une alimentation saine et abondante.

Si nous avançons vers l'époque contemporaine, nous trouvons alors une véritable débauche de médicaments que l'on essaye tour à tour ; c'est dire que les effets curateurs demandés n'ont guère dû être satisfaisants.

C'est ainsi que nous verrons utiliser vainement les arsenicaux, l'iodure de fer, l'ergotine, la belladone, la digitale, le soufre, les antimoniaux, l'eau aciduléé avec l'acide sulfurique. Larrey père préconise l'iodure de potassium à doses graduées, Dubruel donne le perchlorure de fer à doses assez élevées : 60 à 80 gouttes par jour. On traite, ce qui est logique, les syphilitiques par le mercure et on donne le sulfate de quinine aux paludéens. Mais il faut bien reconnaître que l'on ne retire de l'emploi de toutes ces substances que des effets douteux et en tous cas insuffisants.

Tout autre est le traitement qui correspond à la période d'invasion de l'éléphantiasis, à la poussée lymphangitique. A ce stade, où toute intervention est contre-indiquée, puisque l'on devrait opérer en milieu infecté, l'indication thérapeutique sera d'instituer le traitement habituel de la poussée lymphangitique pour la juguler, ou tout au moins pour la limiter.

C'est dans ce but que nous voyons employer les pulvérisations antiseptiques avec des antiseptiques faibles, les compresses alcoolisées, ou imbibées d'une solution de sulfate de magnésie, les badigeonnages répétés avec des solutions d'ichtyol au dixième ou au cinquième, les applications de collodion riciné, etc. . . .

Il sera bon en même temps de veiller aux fonctions intestinales du malade et de le mettre quelques jours au régime lacté, pour ensuite lui administrer des toniques, le traitant en quelque sorte comme un malade atteint d'une poussée érysipélateuse, à laquelle nous assimilons notre poussée éléphantiasique. Nous ne reviendrons pas ici sur la médication spécifique sérothérapique, dont nous avons déjà dit un mot plus haut ; elle nous semblerait très indiquée à ce stade de la maladie.

Passons à un stade plus avancé de l'affection, c'est-à-dire à celui où déjà, après quelques poussées lymphangitiques, nous avons à faire à un éléphantiasis scrotal confir-

mé, mais encore récent. Les nombreuses méthodes employées vont nous servir du reste de trait d'union entre les méthodes purement médicales et les méthodes chirurgicales que nous nous proposons d'étudier ensuite.

Nous voyons alors appliquer les scarifications linéaires, les mouchetures, moyens qui semblent dangereux, car ils vont facilement créer des portes d'entrée aux germes pathogènes. Moins dangereux, mais pas plus efficaces nous semblent le massage et les bains de vapeur.

Beaucoup plus efficace sera la compression élastique ; malheureusement elle est très délicate à établir sur un scrotum éléphantiasique. L'ingéniosité des chirurgiens a tenté de remédier à cet inconvénient par l'usage de suspensoirs compresseurs tels que le modèle d'Hamonic.

Une autre méthode a depuis longtemps été mise en honneur, c'est l'application de courants électriques, soit galvaniques, soit faradiques ; l'électrolyse a également été employée. Nous citerons, à ce sujet, les noms de Moncorvo et Silva Arango, qui auraient obtenu de bons résultats.

Ces deux derniers modes de traitement, compression élastique et électricité, ont, du reste, été réunis pour un même traitement avec assez de succès.

Nous avons même trouvé relaté par MM. Desjardin et Dominici, l'emploi du radium sur les tumeurs éléphantiasiques.

CHAPITRE III

Traitement chirurgical et son historique

Ces quelques considérations sur le traitement médical de l'éléphantiasis du scrotum étant données, nous entrerons dans le vif de notre sujet : le traitement chirurgical de cette affection.

Nous commencerons par dire quelques mots d'une opération, qui, abandonnée aujourd'hui, a été utilisée à plusieurs reprises et plus particulièrement par les chirurgiens anglais ; nous voulons parler de la ligature de l'artère spermatique. Ce procédé est imité de celui qui, dans les cas d'éléphantiasis des membres consiste à lier l'artère principale du membre atteint.

Malgré les deux tentatives de Harvey et de Fayrer, qui auraient été couronnées de succès, nous ne saurions préconiser cette méthode, difficile à comprendre du reste, si nous nous souvenons que le scrotum reçoit son irrigation de branches artérielles différentes, mais à rameaux communicants largement entre eux. Les honteuses internes viennent, en effet, de l'hypogastrique, et les honteuses externes de la fémorale dans son tiers supérieur. De plus, ainsi que le fait remarquer Le Siner, dans sa thèse, de la ligature de la spermatique doit, en tout cas, résulter

l'atrophie des testicules et la perte des fonctions génitales, ce qui ne nous semble pas particulièrement être le résultat désiré.

Cette intervention, néanmoins, se comprend mieux si nous voyons quelles étaient les craintes des chirurgiens de la première moitié du XIX^e siècle, touchant la seule opération admise de nos jours : la résection du scrotum ou oschéotomie. Les chirurgiens de cette époque qui devaient opérer sans le concours d'anesthésie craignaient dans une intervention de cette envergure l'hémorragie mortelle, et redoutaient comme suite l'infection.

Ils avaient, également une grande méfiance à l'égard de cette opération radicale, car ils craignaient une généralisation post-opératoire. Il a été démontré, par la suite, que ce n'était là qu'une vaine terreur et qu'il était exceptionnel que l'éléphantiasis du scrotum se généralisât secondairement. Et, si nous pouvons voir Velpeau recommander de n'intervenir que si le mal est exactement localisé, si l'on peut inciser en peau saine; tout autre est l'opinion de Voillemier et de ses successeurs qui ne voient pas là une contre-indication aussi absolue à l'intervention.

Aujourd'hui, la question est entrée dans une voie nouvelle, en même temps que la chirurgie se transformait, grâce à l'usage de l'anesthésie générale, à l'emploi des pinces hémostatiques à forcipressure, à la pratique de l'asepsie. Le chirurgien ne craint pas la longueur de l'intervention, l'hémorragie foudroyante et l'infection secondaire. Dans de telles conditions la résection du scrotum est devenue et reste encore la méthode de choix, la seule capable d'amener une guérison prompte et complète.

Débarrasser le malade d'une infirmité horriblement gênante, incurable autrement, même au prix d'une ablation en masse où l'on ne tentait pas de conserver les organes génitaux ; voici pour commencer ce que fut cette opération. Nous la trouvons pratiquée en France pour la pre-

mière fois par Raymondon, chirurgien à Castries en Albigeois ; sans succès d'ailleurs, puisque l'opéré mourut six heures après l'intervention. En Angleterre on cite les interventions identiques de Hales, de Delorme, mais tous ces chirurgiens n'ont pas laissé de mémoires précis sur les opérations pratiquées.

C'est au début du siècle que Larrey père rapporte d'Egypte les premières observations de ce qu'il appelle le sarcocèle charnu, et qu'il relate quelques opérations tentées pour y remédier ; mais encore les organes génitaux sont sacrifiés.

On s'aperçoit cependant que le plus souvent il existe une intégrité absolue des glandes seminales, et dès lors tous les efforts des chirurgiens vont tendre vers la conservation de ces précieux organes. Tout en conservant les testicules, retrancher l'excédent de volume du scrotum, tel est le principe général de l'oschéotomie.

Nous ne pouvons ici que mentionner quelques noms de chirurgiens qui pratiquèrent cette intervention : Roux, Tillez, Wilhes, Delpech, Liston, A. Key, Goodere, Guetani, Pruner, Velpeau, Amaral, etc. . . Quelques chirurgiens, tels que Alard, considèrent toujours cette opération comme dangereuse.

C'est alors que nous trouvons les remarquables travaux de Clot Bey ; les articles de dictionnaire de Rayer et de Cazenave. Et depuis, combien d'articles de nos médecins coloniaux, en particulier, sont venu orner la littérature médicale sur ce sujet.

Nous citerons cependant, touchant l'éléphantiasis du scrotum ou son traitement, les thèses suivantes : Ali Bey, Paris 1869 ; Morin, Paris 1885 ; Le Siner, Paris 1887 ; Canet, Paris 1904, et enfin Blandin, Bordeaux 1908.

A côté des auteurs et chirurgiens français, nous ne devons pas oublier les travaux des chirurgiens anglais, dont

les statistiques très importantes ont servi à démontrer la bénignité de cette intervention. Nous ne citerons que les deux statistiques suivantes qui sont fort suggestives.

Esdailles, chirurgien de Calcutta, qui avec 160 interventions compte un pourcentage de cinq décès.

Fayrer, également de Calcutta, qui apporte 193 interventions dont 158 suivies de guérison.

On doit également mentionner les travaux de Turner et de Partridge, dont le procédé avec hémostase préventive lui aurait donné des résultats excellents ; il accuse une mortalité de 3 % seulement.

On s'est aussi beaucoup occupé de cette question en Italie, en Allemagne, et en Amérique, plus particulièrement en Amérique du Sud où les cas observés semblent assez nombreux.

Avant d'entreprendre la description de l'intervention chirurgicale, dite oschéotomie, nous croyons bon, pour en expliquer certaines particularité, d'avoir recours à quelques explications sur le mécanisme de la déformation éléphantiasique du scrotum, que l'anatomie nous aidera à comprendre.

Un fait anatomique domine tout ce mécanisme : c'est la fixité de la verge, et ce grâce à la présence du puissant ligament suspenseur de la verge, dont les parties organiques essentielles, urètre, corps caverneux et spongieux, sont renfermées dans une gaine absolument fixe, le dartos penien, qui continue le dartos scrotal.

Tous les auteurs insistent beaucoup sur ce point, qui nous explique que ni la longueur, ni les rapports généraux de la verge ne varient, et que c'est seule la position du fourreau qui se modifie suivant le degré de la déformation éléphantiasique. Aussi, aurons-nous toujours un excellent point de repère avec le gland, qui restera à sa place normale, même dans les cas où la verge étant complètement

avalée par la tumeur et ayant disparu à la vue, nous pourrions aller à la recherche de cet organe au fond de l'orifice par lequel s'écoule l'urine. Il est aisé de comprendre tout l'intérêt qu'offre la présence de ce point de repère fixe au point de vue de la technique opératoire.

Il nous faut encore avant d'aborder l'étude de cette technique dire un mot des soins préopératoires sur lesquels insiste beaucoup la majorité des chirurgiens. Indépendamment de la règle générale qui veut que l'on ne pratique cette intervention qu'en dehors des poussées inflammatoires, et Florence nous dit, à ce sujet, avoir eu des mécomptes chaque fois qu'il n'a pas observé cette règle, il convient d'assurer la préparation du malade avec beaucoup de soins.

Le malade doit tout d'abord être mis au repos au lit pendant au moins quinze jours ; certains auteurs préconisent même pendant ce temps de placer le scrotum sur une planche soulevée au-dessus des cuisses du malade, de façon à vider le plus possible la masse éléphantiasée et en tous cas à éviter la stase. Si la tumeur présente des excoriations, des ulcérations, on s'efforcera de guérir ces petites infections locales. Le malade devra prendre de grands bains savonneux et la veille de l'intervention, on désinfectera la tumeur à la teinture d'iode, puis on l'entourera d'un pansement aseptique.

L'anesthésie générale sera le plus souvent employée, MM. Bonamy et Dartigues ne voient pas d'inconvénients à l'usage de la rachistovainisation.

Pendant l'intervention, le malade pourra être placé soit dans la position de la taille périnéale, soit dans le décubitus dorsal ; il pourra être plus avantageux d'utiliser la première position dans le cas d'une tumeur très volumineuse.

Ainsi que nous l'avons dit, la déformation éléphantiasique du scrotum peut atteindre des degrés très différents ;

nous croyons cependant que l'on peut ramener à peu près tous les modes de déformation aux deux cas principaux suivants :

1^{er} cas. Le scrotum tout entier est envahi, mais le penis reste intact et libre.

2^e cas. Le scrotum est beaucoup plus largement atteint, avec participation du penis et disparition de celui-ci au milieu de la masse éléphantiasique qui l'absorbe.

Blandin avait dans sa thèse fait une troisième division, suivant que les testicules sont ou ne sont pas adhérents. Il nous semble que dans ce cas la conduite générale reste la même, qu'il n'y a là qu'un petit point de technique.

Pour les deux cas que nous venons de prévoir, nous allons trouver des méthodes opératoires un peu différentes, mais nous nous arrêterons plus particulièrement sur le deuxième cas, dont, nous semble-t-il, la technique a le plus besoin d'être précisée.

Quand le scrotum seul est envahi, le procédé le plus habituellement employé est celui dit de Saboia. Il consiste uniquement à pratiquer deux incisions obliques qui partant des anneaux inguinaux, vont se rejoindre à l'angle péno-scrotal. De l'extrémité externe et supérieure de ces incisions partent deux nouvelles incisions semi-lunaires à convexité externe, qui vont se rejoindre sur le raphé périnéal près de l'anus. On pratique alors la recherche des testicules et de leurs cordons, que l'on isole, puis on fait l'abrasion de la tumeur suivant le tracé décrit plus haut ; et après une hémostase soignée, il ne reste plus qu'à suturer les deux lambeaux latéraux ainsi formés pour recouvrir les testicules que l'on a remis en place. On obtiendra ainsi très facilement un nouveau scrotum avec une suture en Y, dont la branche inférieure servira de raphé médian au néo-scrotum.

Toutes autres sont les difficultés qui vont surgir, quand

il s'agira du second cas, de l'envahissement pénien et scrotal à la fois. On devra bien encore ici pratiquer dans un premier temps la résection de toute la peau scrotale et pénienne envahie par l'éléphantiasis, tout en respectant la verge et les testicules, mais dans un second temps il conviendra de refaire un nouveau scrotum et un nouveau fourreau pour la verge, avec des lambeaux taillés et appropriés à cet effet.

Cependant tout au début de la pratique de ces interventions, le deuxième temps opératoire était laissé de côté, on pratiquait alors l'oschéotomie sans anaplastie. C'est-à-dire qu'après avoir pratiqué la recherche de la verge et des testicules au milieu de la masse éléphantiasique que l'on abrasait alors, on se contentait de laisser la verge à nu, ainsi que les testicules que l'on plaçait au fond de la plaie béante. On appliquait alors sur le tout un vaste pansement et l'on attendait que la plaie se fermât par bourgeonnement, ce qui se produisait, disent les auteurs, dans un délai de quatre à six semaines. Dans le but de favoriser et de hâter la cicatrisation, on veillait à ce que les bords cutanés de la plaie ne s'éversent pas en dedans. On obtenait ainsi un scrotum et un fourreau, en tissu cicatriciel, ce qui sans doute gênait considérablement l'érection, mais permettait déjà, tout en supprimant la gêne considérable créée par ces masses volumineuses, de conserver tout l'appareil génital.

Partridge, chirurgien anglais, perfectionnera ce procédé en imaginant une méthode d'hémostase préventive, avec un tube d'Esmach placé à la racine de la tumeur scrotale et maintenu en place au moyen de lacets, fixés d'autre part à une ceinture qui entoure la taille de l'opéré.

Lacroix, se rapprochant déjà du procédé anaplastique, avait recouvert les testicules avec des lambeaux pris à la face interne des cuisses, mais il laissait encore le penis à nu et le résultat restait sensiblement identique.

Nous en arrivons enfin aux procédés plus complets dits avec anaplastie. Nous nous contenterons de citer les procédés de Beltances qui recouvre les testicules avec un lambeau postérieur pelvien unique, et fait une gaine au pénis avec un lambeau antérieur sus-pubien ; de Goetani Bey, de Clot Bey, qui songe à conserver une portion variable de l'ancien fourreau de la verge, ou seulement le prépuce, celui-ci n'étant en général pas atteint par l'œdème élephantiasique.

Mais le procédé classique fut celui employé par Delpech de Montpellier en 1820 et qui se trouve relaté tout au long dans la chirurgie clinique de Montpellier 1823. C'est encore le procédé à trois lambeaux employé aujourd'hui ; il a subi depuis de légères modifications de la part de Voillemier tout d'abord en 1868 et d'Ablart ensuite en 1884, mais le tracé général des lambeaux reste le même.

C'est en reprenant l'observation d'Ablart, thèse de Morin, Paris 1885, qui nous semble comporter une technique opératoire parfaite que nous allons exposer ce procédé temps par temps :

1^{er} temps : Découverte du gland de dehors en dedans par tâtonnement.

2^e temps : Taille des lambeaux.

a) Lambeau antérieur quadrilatère à bord libre au niveau de la racine du gland ; ce lambeau doit avoir les dimensions suffisantes pour servir ultérieurement d'enveloppe à la verge.

b) Lambeaux latéraux : l'incision qui va délimiter ces lambeaux partant dans la continuité du lambeau antérieur au-dessous du niveau de son bord libre, deviendra bientôt horizontale. Elle n'est arrondie qu'en arrière seulement, ou elle remonte alors jusqu'à deux ou trois travers de

doigt de la marge de l'anūs ; c'est là qu'elle rejoint son homologue au niveau du raphé ano-scrotal.

Les angles de ces lambeaux inférieurs sont taillés de telle sorte que d'un côté le sommet de l'angle soit échancré de manière à correspondre à un appendice de peau arrondi, ménagé à l'angle de l'autre côté. Ce détail est très important, ainsi que nous allons le voir, au point de vue des sutures et de la réfection du raphé ano-scrotal, car ainsi le point de suture de la base de la verge répondra à une partie pleine et non pas à une suture, ce qui représente un avantage manifeste.

3^e temps : Dissection de la verge jusqu'au niveau du bulbe après introduction dans l'urètre d'une sonde rigide dont on se sert pour relever graduellement le pénis. Ce temps opératoire demande à être pratiqué avec beaucoup de prudence et d'attention, car il faut ménager en bas l'urètre, et sur la face dorsale, non seulement les corps caverneux, mais encore les artères et veines dorsales de la verge et les nerfs honteux.

4^e temps : Recherche et dissection des cordons et des testicules, quelle que soit la situation de ceux-ci. Temps opératoire très important et pendant lequel le chirurgien doit user de toute son habileté pour ne pas léser ces précieux organes.

5^e temps : Ablation de la masse éléphantiasique après avoir eu bien soin d'envelopper dans un linge stérile la verge et les testicules, et les avoir relevé sur l'abdomen. Hémostase soignée, ne pas employer la torsion, mais faire partout des ligatures.

6^e temps : Suture des lambeaux, en commençant par la réfection du scrotum aux dépens des deux lambeaux latéraux, et en finissant par le fourreau de la verge constitué du lambeau antérieur que l'on applique tout autour

de cet organe. On termine par la suture transversale qui sépare la verge du nouveau scrotum.

Un point de la technique de Ablart consiste en outre, quand il le peut, à conserver adhérents à la couronne du gland quelques millimètres de l'ancien fourreau ; cette collerette cutanée, suturée au bord libre du lambeau sous-pubien, permet de restaurer l'extrémité de la verge sans déformer le gland, en faisant porter les points de suture directement sur sa base.

On obtient ainsi une verge très bien reconstituée et n'ayant plus la forme d'un cône comme dans le procédé de Delpech à lambeaux latéraux simplement semi-lunaires. D'un autre côté la verge est beaucoup plus indépendante du scrotum.

Nous ne pouvons donc que constater l'excellence du résultat, tant au point de vue fonctionnel, qu'au point de vue génital.

CHAPITRE IV

Observations

Observation due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot. (Guyot et Jeanneney : *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, mars-juin 1922).

Elephantiasis du scrotum. Oschéotomie. Examen anatomo pathologique de M. le Professeur Sabrazes.

X... quarante-sept ans, tuilier dans la Gironde, entre salle 10 pour une affection du scrotum, ayant débuté il y a vingt-quatre ans. Son père est mort à soixante-cinq ans, hémiplégique, sa mère à soixante-quatre ans d'affection indéterminée. Trois frères sont morts en bas-âge d'affections inconnues du malade. Il existe encore deux frères et une sœur, tous bien portants, mariés et pères de famille. Il ne paraît pas y avoir de diathèse tuberculeuse, ni arthritique dans la famille. Cet homme né à terme, nourri au sein maternel, n'a pas eu de maladies de l'enfance, sauf des « fièvres » vers l'âge de douze ans, qui ont duré plus de deux ans ; il y avait alors, dans le village de Corrèze, que l'enfant habitait, plusieurs cas analogues. Vers la même époque il eut un erysipèle de la face. A dix-huit ans, erysipèle de la jambe gauche, durant trois semaines. Le membre est toujours resté volumineux depuis lors ; à vingt-trois ans, le scrotum a commencé à augmenter de volume : l'accroissement se faisait par poussées avec chaleur locale et fièvre,

vrais « accès éléphantiasiques ». Il y a quinze ans, le scrotum étant gros comme une tête d'adulte, tendu, rouge et suintant, la jambe et la cuisse étant également énormes, il vint consulter M. le docteur Courtin. Ce dernier suivit le malade longtemps, hésitant à l'opérer à cause des poussées fébriles : la méthode de Bier fut essayée sans résultat. Après désinfection, M. Courtin pratiqua en février 1909 un drainage à la soie à la cuisse et au scrotum. Mais ces fils mal tolérés devaient être enlevés en 1910. En même temps on fit une oscchéotomie (la peau scrotale enlevée pesait 2 kg 250) et le sujet put retourner chez lui. Il retira de ces interventions ce bénéfice qu'il n'eut plus désormais de poussées inflammatoires. Mais au point de vue local, le pénis a disparu, absorbé par l'hypertrophie scrotale : le malade urine et éjacule par une sorte de cratère placé à la partie antérieure des bourses, mais cette infirmité est chaque jour plus pénible et il demande à en être débarrassé. Le scrotum mesure en son point le plus large, 68 centimètres de circonférence ; les ganglions inguinaux ne sont pas augmentés de volume.

En résumé, il s'agit d'un homme n'ayant jamais quitté la France, même pour quelques jours, et présentant un érysipèle typique du scrotum et du membre inférieur gauche.

L'examen du sang diurne et nocturne n'a pas révélé d'embryons de filaire ; le taux de l'hémoglobine est de 70 % ; la numération globulaire montre 3.340.000 globules rouges contre 7.600 globules blancs ; la formule leucocytaire donne :

Polynucléaires	55 %
Gros mononucléaires	11 %
Moyens mononucléaires	3 %
Lymphocytes	25 %
Transition	1 %

La réaction de Bordet-Wassermann est négative.

Rien de particulier à l'analyse d'urine.

La sérosité scrotaleensemencée a donné des staphylocoques.

Après deux mois de préparation, repos au lit, lavages et

savonages, les examens bactériologiques étant négatifs (on n'a pas retrouvé le dermo-lymphocoque de Le Dantec et Dufou-géré, qu'on avait cru identifier à une première biopsie, ce malade a été opéré le 21 mars 1922.

Technique (Professeur Guyot).

1^{er} temps : Incision verticale latérale de 15 centimètres, descendant de l'épine du pubis au milieu du scrotum : recherche du cordon et du testicule gauches. Ces organes sont perdus au milieu des tissus lardacés. On isole le testicule ainsi que les éléments du cordon. Le tout est enveloppé dans des compresses et isolé.

2^e temps : Même manœuvre du côté opposé, mais ici la vaginale est prise et on doit la réséquer et en suturer les bords retournés.

3^e temps : On recherche alors sur la ligne médiane la verge, en se repérant sur l'orifice préputial. On isole son fourreau fibreux, on conserve une collerette muqueuse préputiale.

4^e temps : On dissèque en peau saine des valves latérales en incisant profondément, enlevant tout le tissu lardacé au-delà de la celluleuse pour éviter les hématomes. On enlève ainsi en masse toutes les tuniques de la majorité du scrotum éléphantasique ; on s'astreint à une rigoureuse hémostase.

5^e temps : On refait un scrotum avec les deux valves suturées en un raphé médian. ; avec la peau supérieure et ce qu'on a gardé de muqueuse, on arrive à recouvrir la verge et à la reconstituer complètement. Deux drains sont laissés 48 heures.

La pièce enlevée, pèse après avoir perdu une quantité importante de lymphes qui n'a pas été recueillie, 2 kg 900.

Suites bonnes ; léger suintement séreux. La cicatrisation est obtenue en une quinzaine de jours. Le résultat esthétique est satisfaisant eu égard aux lésions monstrueuses préopératoires. Le résultat fonctionnel est bon : le malade marche sans gêne, urine facilement, a eu quelques érections non gênées.

M. le Professeur Sabrazès a bien voulu pratiquer un examen complet de la pièce. Ces résultats anatomo-pathologiques étant peu fréquents, nous recopions sa note in extenso : « Hyperkératose avec desquamation en larges bandes, hypercanthose, papillomatose. Vacuolisation des cellules du corps muqueux et surtout de la couche basale. Œdème des tissus papillaires et sous-papillaires avec hyperchromie des cellules et nombreuses Matzellen histogènes. Sclérose du tissu réticulé, des papilles et vacuolisation des cellules conjonctives; lacs sanguins à parois très minces. Ça et là foyers de lymphocytes, de plasmocytes et de matzellen autour des vaisseaux. Pas d'éosinophiles, beaucoup de cellules conjonctives étoilées ou en fuseau, soit en prolifération. Il y a des néo-vaisseaux non perméabilisés. On ne trouve pas ici l'état perlé de l'éléphantiasis filarien. Pas d'embryons de filaires dans les voies lymphatiques. — Le derme est très épaissi. Le tissu conjonctif est parfois dissocié par l'œdème et subit des modifications hyalines.

La part de cellules conjonctives dans l'hyperplasie est considérable ; dans certains endroits elles sont en nappes et forment des sortes de syncytium. Il y a un développement anormal des fibres lisses, dissociées dans des territoires œdémateux avec un grand nombre de matzellen. Profondément la sclérose est très marquée, les foyers lymphocytiques denses, avec des territoires conjonctifs en dégénérescence hyaline.

Toutes les cellules sont avides de colorant. On ne voit pas de microbes. »

Après la description des interventions précédentes que l'on peut en quelque sorte traiter de classiques, et après la lecture d'une observation aussi instructive, il nous a semblé intéressant de rapporter quelques modalités de technique qui, au cours de nos lectures, nous ont paru intéressantes. Elles ont du reste en vue la réfection d'un scrotum nouveau et d'un fourreau pour la verge, par des procédés assez particuliers, une grande partie de la difficulté de cette sorte d'intervention résidant en somme dans ce dernier temps de l'acte opératoire.

C'est ainsi que nous voyons M. Florence (1) dire : « Dans le cas où le fourreau de la verge est atteint de pachydermie, le procédé de choix consiste, après avoir décortiqué le penis à venir prendre les téguments de la région sus-pubienne. J'ai, dit-il, fait tout d'abord l'autoplastie par la méthode italienne, mais comme j'avais des sphacèles partiels, je préfère avoir recours à la méthode à pont. »

Et il décrit ainsi la façon de pratiquer : « Une incision de dix centimètres de long est menée perpendiculairement à la ligne blanche abdominale, de telle sorte que son point initial soit un peu en dehors et au-dessus de l'épine du pubis droit, son point terminal en un point symétrique au-dessous de l'épine du pubis gauche.

Une deuxième incision est menée parallèlement à la première, distante d'elle par un intervalle de 6 à 8 centimètres. La peau est décollée au bistouri sur toute la hauteur du rectangle ainsi tracé, en ayant bien soin de conserver sous le derme le moins de tissus adipeux possible. Après quoi, la tunellisation étant faite, la verge est passée sous le pont et deux points en capiton permettront de compléter l'enveloppement circonférentiel de la verge. »

Cette technique de Florence est intéressante à connaître et susceptible dans certains cas de permettre d'achever une opération difficile. Son intérêt réside dans ce fait qu'il faut emprunter des téguments dans les régions voisines : téguments qui seront plus sains, dans les cas d'envahissement étendu à toute la partie supérieure du scrotum.

Une technique opératoire un peu différente, et qui également nous a semblé intéressante à rapporter est celle décrite par MM. Bonamy et Dartigues dans la *Presse médicale*, 1913.

(1) Florence, *Province Médicale*. Paris 1909.

On peut la résumer ainsi :

1^{er} temps : Excrèse des parties malades par la décoration peno-scrotale. Les auteurs tracent un vaste quadrilatère qui encadre toute la face antérieure des organes génitaux, le bord inférieur passant à quelques centimètres au-dessus du rebord inférieur des bourses, le supérieur au-dessus de la verge. Au milieu de l'incision horizontale supérieure on trace une incision longitudinale médiane sur le dos de la verge, jusqu'au meat urinaire, puis on fait l'ablation des tissus ainsi circonscrits après avoir dégagé et exploré les cordons spermatiques et les testicules.

2^e temps : Néoformation d'un scrotum en rapprochant le bord inférieur sectionné, du scrotum, de l'incision horizontale sus-pubienne, à la façon des culottes à pont, comme disent les auteurs. On fixe provisoirement avec des pinces tire-balle les deux lambeaux ainsi accolés, et sur la ligne médiane dans ce lambeau inférieur, on ouvre un orifice longitudinal de cinq à six centimètres, par lequel on va attirer la verge au dehors et en bas ; elle est désormais à sa place définitive. On suture alors les bords, scrotal et pubien, de l'incision d'excrèse.

3^e temps : Néo-vagination du penis. Le revêtement nouveau du penis va être pris aux dépens du scrotum néoformé. Dans ce but, on va tailler de chaque côté de la nouvelle racine de la verge, un lambeau quadrilatère un peu oblique en dehors et en bas, dont la charnière correspond à peu près aux bords latéraux verticaux des nouvelles bourses. Il est utile que ces lambeaux soient bien nourris, et c'est pour cela qu'il faut éviter que les incisions qui les circonscrivent soient trop près de l'incision pubo-scrotale sus-pénienne.

Puis, ces lambeaux taillés de dimensions suffisantes, seront attirés sur les côtés de la verge et rabattus sur elle, sous forme de deux demi gouttières latérales. Cette vagi-

nation pénienne forme donc une gaine cutanée cylindrique que l'on applique sur les corps caverneux et spongieux. Il ne reste plus qu'à suturer. On obtient alors :

- a) Une suture longitudinale dorso-pénienne.
- b) Une suture longitudinale ventro-pénienne.
- c) Une petite suture horizontale supérieure à la racine de la verge.
- d) Une petite suture horizontale inférieure à la racine de la verge.
- e) Une suture circulaire autour du meat urinaire.

Nous insistons à dessein sur le grand nombre de ces sutures, et nous craignons que ce ne soit souvent là une cause d'échec pour ce mode opératoire. D'un autre côté, nous craignons qu'avec cette méthode, qui en somme oblige à conserver toute la portion inférieure du scrotum, on ne puisse pratiquer l'exérèse des tumeurs éléphantiasiques volumineuses, qui envahissent très largement et complètement toute la région, sans être obligé de garder des tissus malades.

Nous citerons enfin ici une observation de Krogius que rapporte Lenormant dans la *Presse médicale* du 18 janvier 1913 :

Krogius, chez un sujet de dix neuf ans atteint d'œdème éléphantiasique scrotal, tenta d'abord, imitant en cela un procédé assez couramment employé pour l'éléphantiasis des membres, de dériver la lymphe au moyen de la veine saphène interne transplantée ; le résultat fut au début favorable, puis survinrent des poussées d'érysipèle qui amènent la récurrence. On essaya alors sans succès des injections de fibrolysine ; puis on pratiqua une décortication du scrotum suivie d'autoplastie faite avec des lambeaux de peau saine. Constatant, peu après

cette dernière opération, que le scrotum néo-formé redevenait le siège d'un œdème dur, Krogius fit un retournement de la vaginale, espérant que la mise en contact de la face interne de la séreuse avec le tissu cellulaire créerait une vaste surface d'absorption pour la lymphe ; le but proposé paraît avoir été obtenu, car l'œdème disparut rapidement et ne se reproduisit plus. Krogius ajoute que l'on pourrait essayer également, en pareil cas, l'implantation d'une frange épiploïque dans le sac scrotal.

CHAPITRE V

De quelques complications et de leur traitement

Il nous semble maintenant intéressant d'insister un peu plus particulièrement sur quelques difficultés ou complications qui peuvent se présenter avant, pendant, ou après l'intervention.

Nous envisagerons tout d'abord la difficulté qui peut survenir dans la recherche des testicules. Il arrive fort souvent, en effet, que ces organes profondément enfouis au milieu de la masse éléphantiasique, ou que celle-ci étant plus fortement sclérosée, indurée, il soit impossible de sentir les testicules, et par conséquent, d'aller commodément à leur recherche. Le plus souvent cependant, on peut arriver à déterminer par la méthode du pincement la situation de ces organes dont la sensibilité à la pression est tout à fait caractéristique. Souvent il arrive que les testicules soient descendus très bas, fixés par d'épais trousseaux fibreux ; le cordon subit alors un allongement considérable. Mais dans tous ces cas le testicule est en général resté sain, quelquefois simplement atrophié, aussi est-il bien rare que l'on soit amené à le sacrifier, et ne devra-t-on s'y résoudre

qu'à la dernière limite, tenant du reste surtout grand compte de l'âge du sujet.

La difficulté de cette recherche fait comprendre que de nombreux auteurs, ainsi que notre Maître M. le Professeur Guyot, l'a pratiqué dans l'opération relatée plus haut, aient préféré aller d'emblée à la recherche de ces organes. On a recommandé alors pour dégager la glande, de se guider sur le cordon que l'on ira tout d'abord rechercher à sa partie supérieure près des anneaux inguinaux, alors qu'il est assez superficiel; on reconnaîtra le funicule aux grosses veines bleuâtres qui l'accompagnent. On l'isolera tout autour de sa gâgue fibreuse, et on continuera la libération de haut en bas jusqu'à ce que l'on ait dépassé le testicule.

Une autre complication très utile à diagnostiquer avant l'acte opératoire, est la présence d'une hernie inguinale, ayant son siège au milieu de la tumeur scrotale. Assez souvent le diagnostic en peut être fait, mais il faut cependant toujours se tenir sur ses gardes et agir prudemment dans ses incisions. Si en cours d'intervention on tombe sur une hernie, on la réduit, on résèque le sac et on ferme la paroi suivant le procédé ordinaire. Mais si le diagnostic a pu être fait d'une façon précoce, la majorité des auteurs préconisent l'intervention en deux temps. Dans un premier acte opératoire, on fait au malade la cure radicale de sa hernie, et après complète cicatrisation dans un deuxième temps, on pratique l'ablation de la tumeur scrotale. Cette manière d'agir nous semble la plus raisonnable, et Florence dit à ce sujet : (1) « Après une intervention comme l'oschéotomie, on ne peut, quelque propreté que l'on observe escompter, comme certaine, la réunion immédiate, il ne faudrait donc pas s'exposer à infecter la séreuse péritonéale. » Le même auteur conseille, lorsque dans un premier temps on pratique la cure radicale de la hernie, de

(1) Florence, *Province Médicale*. Paris 1909.

toucher le moins possible au scrotum et d'inciser uniquement sur l'abdomen. D'autres auteurs par contre, ne voient pas d'inconvénients à ce que l'on pratique ces deux opérations dans un seul temps.

C'est aussi la crainte de la présence d'une hernie qui a beaucoup contribué à l'abandon de la méthode de Partridge ou de l'hémostase préventive, car on craignait dans le cas de hernie l'étranglement des anses intestinales incluses dans la tumeur.

Nous signalerons également deux complications beaucoup moins importantes.

1° La présence d'un varicocèle, et dans ce cas il suffira d'exciser entre une double ligature les paquets variqueux.

2° La présence d'une hydrocèle vaginale, complication très fréquente, pour ne pas dire habituelle ; du reste, tous les chirurgiens ont pris l'habitude de retourner ou même mieux d'exciser la vaginale, qu'il y ait ou non présence d'hydrocèle.

Nous ne citerons qu'en passant la crainte de l'hémorragie devenue illusoire aujourd'hui, tout en recommandant cependant une hémostase soignée. On a vu, en effet, dans ces tumeurs des veines du calibre d'une veine cave, et l'hémostase doit toujours en pareil cas être faite très minutieusement.

A côté des hémorragies, il faut signaler au cours de ces interventions d'abondants écoulements de lymphes qui ne constituent pas à proprement parler une complication.

Nous ne craignons pas non plus l'infection qui fut si redoutée de nos pères, grâce à l'asepsie, on ne la connaît plus. Nous avons assez insisté plus haut sur l'intérêt qu'il y a à ne pas opérer un individu en poussée aiguë, pour ne pas y revenir ici.

Nous citerons pour mémoire qu'il a été rapporté quel-

ques cas de tétanos à la suite d'oschéotomies, et qu'on aurait même observé deux ou trois cas de mort subite.

Nous ne considérerons pas comme une complication la rétention d'urine assez habituelle les premiers jours qui suivent l'intervention ; quelques chirurgiens laissent une sonde à demeure, d'autres ne croient pas cette précaution indispensable. Mais, nous croyons pouvoir conseiller, ainsi que plusieurs auteurs le recommandent, de faire prendre à l'opéré pendant quelques jours des anaphrodisiaques, tels que le bromure de camphre, afin d'éviter les érections assez habituelles les premiers jours, et qui risquent de compromettre le résultat de l'intervention.

CONCLUSIONS

I. — Devant l'impuissance actuelle des méthodes thérapeutiques médicales, qui, si elles peuvent peut-être quelquefois enrayer l'évolution de l'envahissement éléphantiasique du scrotum, sont toujours insuffisantes quand il s'agit d'une tumeur déjà ancienne et volumineuse, nous nous trouvons encore dans l'obligation de préconiser la méthode chirurgicale.

Cela ne nous empêche pas du reste de considérer le traitement prophylactique comme devant toujours être tenté dès le début, et de croire qu'au moment des poussées aiguës, le traitement habituel de la lymphangite érysipélateuse, soit le seul à appliquer. Nous ne pouvons encore, malheureusement, que fonder les plus brillants espoirs sur la méthode sérothérapique.

II. — Parmi les procédés chirurgicaux employés pour débarrasser radicalement les malades de cette pénible infirmité que constitue l'éléphantiasis du scrotum, nous ne pouvons que conseiller les procédés les plus simples qui, enlevant le plus largement possible la tumeur permettront cependant de reconstituer dans les meilleures conditions un nouveau scrotum et un fourreau pour la verge. Il nous semble, qu'à ce sujet, la technique que nous préconisons est

la plus simple et celle qui permet d'éviter les lésions toujours possibles de la verge et des éléments du cordon.

III. — Ces opérations pratiquées en dehors et loin de toutes poussées inflammatoires sont susceptibles d'améliorer considérablement l'infirmité dont sont atteints ces malades.

Elles donnent lieu à d'abondants écoulements de lymphes et quelquefois à des hémorrhagies sérieuses.

Leur pronostic est cependant bénin.

IV. — Les résultats de ces oschéotomies ne sont souvent que palliatifs, la maladie étant sujette à récides ; mais, même à titre palliatif, elles sont indiquées par l'excès de volume du scrotum et la gêne apportée aux différentes fonctions.

Vu, bon à imprimer :

Le Président,

D^r J. GUYOT.

Vu :

le Doyen :

D^r C. SIGALAS.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 13 juin 1922,

Le Recteur de l'Académie.

R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ALI BEY. — *Thèse* Paris, 1869.
- ARCHIBALD. — *The practice of medicine in the tropics*.
- BALDWIN. — *Britisch Medical Journal*, 1898.
- BEAUJON. — *Thèse* Bordeaux, 1908.
- BENNETT. — *Colorado Méd. Journ.*, 1898.
- BERGERON. — *Thèse* Paris, 1845.
- BLANDIN. — *Thèse* Bordeaux, 1908.
- BONAMY ET DARTIGUES. — *Presse médicale*, 1913.
- BRUN. — *Caducée*. Paris, 1920.
- BRAUD. — *Nederl Tgdschen, v. Geneest*. Amsterdam, 1919.
- BUSSIÈRE. — *Gaz. hebdomadaire des hôpitaux*, Bordeaux 1903.
- CANET. — *Thèse* Paris, 1903-04.
- CASTELLANI. — *Journal Tropical Medical*. Londres 1907.
- CASTELLANI. — *Manuel of tropical medicine*.
- CLARAC ET GRALL. — *Traité de pathologie exotique*, tome VI.
- CLÉJAT. — *Journal de médecine de Bordeaux*, 1906.
- COLIN. — *Bulletin et Mémoires Soc. de chirurg.* Bucarest 1907.
- COLVERT. — *Indian med. Gaz.* Calcutta 1905.
- CORRE. — *Traité clinique des maladies des pays chauds*.
- COURTIN. — *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales*.
Bordeaux 1906.
- CURLING. — *Traité de mal. du test et du scrotum*, traduit par
Gosselin (1897).
- DELPECH. — *Chirurgie clinique*. Montpellier 1898.
- DOR. — *Caducée*, Paris 1910.
- DUBRUEL. — *Bulletin Société de pathologie exotique* 1909.
- DUCHATEAU. — *Archives de médecine navale* 1880.

- DUFOUGERÉ. — *Caducée* 1904.
- FABRE. — *Echo médical des Cévennes*. Nîmes 1909.
- FAURE J.-L. — *Maladies chirurg. de la peau*. In traité Le Dentu-Delbet, tome III.
- FLORENCE. — *Province médicale*, Paris 1909.
- GERSHUM. — *Russie Chirurgie Archives*. St-Pétersbourg 1903.
- GOUZIEN. — *Annales d'hygiène et de médecine coloniale* 1910.
- GRAVOT. — *Annales d'hyg. et de méd. coloniale* 1912.
- GUINARD. — *Bull. et Mém. Soc. Chirurg.* Paris 1903.
- GUYOT. — *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales*. Bx. 1913.
- GUYOT ET JEANNENEY. — *Gazette hebd. Sciences méd.*, Bordeaux, mars-juin 1922.
- HAMONIC. — *Revue clin. d'Andrologie et Gynécologie*, 1906.
- HARTMANN. — *Traité de méd. op. et de thérap. chirurg.*, t. IX.
- HOWARD. — *Journal tropical médical*. Londres 1920.
- INFERNET. — *Thèse* Montpellier, 1874.
- JULLIEN. — *Dict. de méd. et chirurg. pratique* 1889, t. XXII.
- KAUSCH. — *Arch. für Klin chirurg.* 1904.
- KROGIUS. — *Zentral blatt für chirurg.* 1911.
- KULIN. — *Med. Press. chirurg.* Londres 1906.
- KUTTNER. — *Berliner Klinisch. Wochenschrift*, 1910.
- LACAVALA. — *Pathologie*, Genève 1917.
- LARREY. — *Société chirurg.* 1857.
- LE DANTEC. — *Précis de pathologie exotique*.
- LE DENTU. — *Bulletin et Mémoires Soc. chirurg.* Paris 1908.
- LENORMANT. — *Presse médicale* 1913.
- LE SNER. — *Thèse* Paris, 1887-88.
- LOGERAIS. — *Revue pratique mal. des org. gén. urin.* Paris, 1905-06.
- MARDEN. — *Détroit Médical Journal* 1907.
- MARQUES. — *Presse médicale*, Paris 1903.
- MARTINEZ. — *Revue des Sciences médicales*, Madrid 1913.
- MAURIS ASSISOUZA. — *Mémoire sur l'éléph. du scrotum*, 1874.
- MAS, NEVEÛ, LEMAIRE, ROTON. — *Revue de méd. et d'hyg. trop.* 1909.
- MONCORVO ET SILVA ARANJO. — *Académie des Sciences*, 19 avril 1880.
- MOORE. — *Indian Medical Gazette*. Calcutta 1903.

- MONOD ET VANVERTS. — *Traité de technique opératoire*.
MORIN. — *Thèse* Paris, 1884-85.
MURRAY. — *The Lancet*, Londres 1891.
MULLER. — *Archives für Schiffs in tropen hyg.* Leipzig
1912-13.
MURPHY. — *The Journal of trop med. and hyg.* 1909.
NEVEU LEMAIRE. — *Parasitologie*.
PORTER. — *Indian med. Gazette*. Calcutta 1921.
PRETZSCH. — *Thèse* Berlin, 1884.
RACOVICEANO ET JIANI. — *Bull. et Mém. Soc. chirurg.* Bucarest 1908-09.
RICCIUTI. — *Mondo medical*, Roma 1921.
RIVERO. — Communication III^e Congrès méd. Vénézuéla 1921.
ROBERT. — *Archives de méd. navale*, Paris 1898.
ROUX. — *Archives de méd. navale*, Paris 1879.
SABOIA (DE). — *Ann. méd. chir. franç. et étrang.* Paris 1887.
SÉBILEAU-DESCOMPS. — *Nouveau traité de chirurgie*, cf Le
Dentu.
SIMON. — *Brit. med. Journal*, 1888.
STONEY. — *Britisch, med. Journ.* Londres 1903.
TARVIN (DE). — *Thèse* Bordeaux, 1887.
THIROUX ET D'ANFREVILLE. — *Presse méd.*, Paris 1906.
TURNER. — *Glasgow med. Journal* 1882.
VAUTRIN. — *Revue méd. de l'Est*, Nancy 1904.
WERNER. — *Arch. für Schiffs. in tropen Hyg.* Leipzig 1906.
WINDELL. — *Internat. Journ. Surgery*. N. Y. 1916.



